



ふりがな
お子さまのお名前

男
女

園名
学校名

園
小学校

生年月日 平成 令和 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)

保護者氏名

好きなキャラクター
好きなもの

(〒 -)
ご住所

携帯電話 ()
ご自宅 ()

※ご連絡を差し上げることがございます。つながりやすい番号を必ずご記入ください

来院された理由をお聞かせください。複数回答

- 悪いところがないか調べたい
- 予防処置希望 (フッ素・歯の磨き方・その他)
- 歯が痛い
- 歯がかけた (日前・ ヶ月前・ 年前に)
- つめものが取れた (日前・ ヶ月前・ 年前に)
- 歯ぐきが腫れた・痛い
- 歯並び・かみ合わせが気になる
- 検診でむし歯があるとされた
- その他 ()

痛みがある方へ

- どこが痛みますか？複数回答
- 上前 下前 右上 右下 左上 左下
- 歯ぐき 唇 舌 頬 その他 ()
- いつから痛みますか？
- (日前 ヶ月前 年前から)
- どんなときに痛みますか？複数回答可
- 今も痛い
- 何もしなくても痛い
- 夜に痛い
- 食べたとき
- その他 ()

お子さまが泣いたり治療を嫌がったときは

- 治療を続けてほしい
- 治療をやめてほしい
- 先生におまかせします

今までに歯医者にかかったことはありますか？

- はい (医院名) いいえ
- 歯医者にかかったことがある方
- ①その時、上手にできましたか？
- はい 泣いたができた 暴れてできなかった
- ②それはいつ頃ですか？
- (ヶ月前・ 年前)
- ③その時どのような治療をされましたか？複数回答
- 定期検診
- むし歯の治療をした
- 歯を抜いた
- フッ素を塗った
- 歯磨き指導を受けた
- その他 ()

当院に来院されたきっかけをお教えてください。複数回答

- 家から近い
- 学校、こども園、保育園などから近い
- 通りかかって
- チラシ
- インターネット
- 託児があったから
- 女性の歯科医師だったから
- 他にない治療が受けられそうだから
- 家族が通っている (父・母・祖母・祖父・兄弟・その他)
- ご紹介 (紹介者のお名前)
- その他 ()

裏面もご記入ください

現在医者にかかっていますか？

- いいえ
はい（病名 _____）
（ _____ 病院 _____ 科）

飲んでいるお薬はありますか？

- いいえ
はい
（薬の名前 _____）

次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病（ _____ ）
肝臓病（ _____ ）
糖尿病（Ⅰ型・Ⅱ型）
腎臓病（ _____ ）
てんかん
がん（ _____ ）
精神疾患（ _____ ）
副鼻腔炎（蓄膿症）
その他（ _____ ）

歯科で麻酔をしたことがありますか？

- はい いいえ
●麻酔をしたことがある方
その際にいかがでしたか？
異常はなかった
異常があった（ _____ ）

薬にアレルギーや、 異常を起こしたことがありますか？

- いいえ
はい（薬剤名 _____）

お子さまにあてはまるものがあれば チェックしてください（複数回答）

- こわがり
痛み
吐き気がおこりやすい
神経質
人見知り
その他（ _____ ）

アレルギーはありますか？

- はい いいえ
●以下のアレルギーがありますか？複数回答
金属（金属名 _____）
ラテックス（天然ゴム）
アルコール
ヨード（イソジンなど）
クロロヘキシジン
牛乳
花粉
ぜんそく
アレルギー性鼻炎
アトピー
その他食品等（ _____ ）

治療のご要望について

- 当院ではお口の中の状態をきちんと検査し、治療計画を立てた上で治療いたします。
部分的な治療ではなく、全体的な検査や予防処置等継続的な歯の健康管理を行います。よろしいですか？
はい
いいえ（理由 _____）

その他

ご希望・ご質問があればご記入ください

ご記入ありがとうございました